Landeshauptstadt Dresden
Gesundheitsamt | Impfstelle | Bautzner Str. 125 | 01099 Dresden

Impfung gegen Virusgrippe

Name, Vorname:_____ Geb.-Datum:_____

Straße/Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Krankenkasse: _____ Versichertennummer:_____

gesetzlich versichert ◯ privat versichert ◯

Haben Sie in den letzten 4 Wochen Erkrankungen durchgemacht? ja / nein

Wenn ja, welche:_____

Leiden Sie unter Allergien? ja / nein

Wenn ja, unter welchen:_____

Haben Sie chronische Krankheiten? ja / nein

Wenn ja, welche:_____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja / nein

Wenn ja, welche:_____

Hatten Sie im letzten Jahr eine Chemotherapie, Bestrahlung oder eine immunsuppressive Therapie? ja / nein

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen Kontakt zu ansteckenden Krankheiten? ja / nein

Wenn ja, zu welchen:_____

Liegt eine Schwangerschaft vor? ja / nein

Sind in den letzten 4 Wochen andere Impfungen oder andere Injektionen erfolgt? ja / nein

Sind bei Ihnen im Zusammenhang mit Impfungen Unverträglichkeitsreaktionen oder Komplikationen (z.B. Schwindel, Kreislaufabfall) aufgetreten? ja / nein

Wenn ja, welche:_____

Mit o. g. Impfungen bin ich einverstanden. Über eventuelle Nebenwirkungen und entsprechende Verhaltensmaßnahmen wurde ich aufgeklärt. Wir empfehlen Ihnen, nach erfolgter Impfung noch ca. 15 Minuten im Wartezimmer Platz zu nehmen, bevor Sie die Impfstelle verlassen.

_____ _____

Datum **Unterschrift**